

Poliartralgias antes de la aparición del exantema de la varicela. Descripción de un caso

Introducción. Las complicaciones articulares son relativamente infrecuentes en la varicela. Suelen afectar a niños y presentarse simultáneamente o poco después de la aparición del exantema.

Presentamos un caso de poliartralgias de comienzo agudo, que simulaba el inicio de una artritis reumatoide, en un adulto, una semana antes de la aparición del exantema.

Caso clínico. Varón de 34 años sin antecedentes de interés que acudió a la consulta por presentar, desde hacía 72 h, cuadro de poliartralgias simétricas que afectaban a los hombros, codos, muñecas, manos, caderas y rodillas, con rigidez matutina de más de 3 h de duración que mejoraba progresivamente con la actividad física. En la exploración no se encontraron articulaciones tumefactas ni dolorosas. Doce días antes de la aparición del cuadro, su hijo de 2 años fue diagnosticado de varicela.

El hemograma, la bioquímica (glucemia, creatinina, ALT, AST, GGT, bilirrubina), el proteinograma y la función tiroidea fueron normales, PCR de 5,67 mg/dl (normal < 5), VSG de 14 mm, ANA y factor reumatoideo negativos. El dolor se controlaba bien con diclofenaco. Cinco días después comenzó con fiebre y apareció el exantema típico de la varicela, que se trató con medidas sintomáticas y cursó sin complicaciones. Las artralgias desaparecieron al aparecer el exantema. Cuatro meses después el paciente sigue asintomático.

Discusión y conclusiones. La mayoría de las artritis en la varicela son de tipo supurativo, causadas por *Staphylococcus aureus* o *Streptococcus pyogenes*. Su origen son las lesiones cutáneas sobreinfectadas por rascado, a partir de las cuales los gérmenes se diseminan a la articulación por vía hematogénea¹. En otros casos de artritis no se han aislado bacterias en las articulaciones²⁻⁸.

Tras una incubación de 10-21 días, la varicela se caracteriza por un período prodrómico muy corto o ausente. Se cree que ocurre una viremia primaria de bajo nivel 4-6 días después de la infección, lo que permite que

el virus invada y se multiplique en el hígado, bazo y, posiblemente, otros órganos².

Mientras que en un principio no se consiguió detectar el virus de la varicela en líquido ni membrana sinovial mediante hibridación del ADN, posteriormente sí se ha logrado mediante reacción en cadena de la polimerasa⁶. Esto indica que el virus se replica dentro de la articulación y tiene una participación directa como causa de la artritis. Otros mecanismos que se han sugerido son la formación de complejos virus-anticuerpo o artritis reactivas⁷.

La afectación articular suele aparecer coincidiendo o a los pocos días de la aparición del exantema^{5,7}. En nuestra búsqueda bibliográfica (PubMed, 13 de noviembre de 2002; estrategia: «chickenpox» [MAJR] AND «Joint Diseases» [MESH]) hemos encontrado sólo 5 casos de aparición preexantemática^{2-4,8}, por lo que se trata de una forma de presentación especialmente infrecuente.

El cuadro suele ser poliarticular^{2,7}, aunque también se han descrito casos de oligoartritis y monoartritis de rodilla⁵ y de tobillo⁸. En contraste con la de la rubéola y el sarampión, la artritis de la varicela no es migratoria. La gravedad de las lesiones en la piel no se correlaciona con el número de articulaciones afectadas⁷.

Sin embargo, la varicela puede mejorar también la patología articular previa: se han comunicado casos de artritis crónica juvenil que han remitido transitoriamente durante episodios de varicela⁹.

La patología articular suele tener buen pronóstico, cura en la mitad de los casos antes de un mes sin dejar secuelas. En otros casos puede durar varios meses o cursar de forma intermitente⁷.

En las artritis agudas de causa desconocida es conveniente investigar la posible exposición a infecciones víricas, incluida la varicela.

A. González Hernández^a,
C. Muñoz-Cobo Sierra^a
y J.L. Engel Gómez^b

^aResidente de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud de Tres Cantos. Madrid. España. ^bMédico de Familia y Comunitaria. Centro de Salud de Tres Cantos. Madrid. España.

1. Mills WJ, Mosca VS, Nizet V. Orthopaedic manifestations of invasive group A streptococcal infections complicating primary varicella. J Pediatr Orthop 1996; 16:522-8.

2. Messaritakis J, Psychou F, Dracou C, Nicolaidou P, Kakourou T. Arthritis and vasculitis during the incubation period of varicella. Acta Paediatr 1994;83:681-3.
3. Arning M, Aul C, Reinecke P, Burig KF, Schneider W. Atypical joint symptoms as initial symptoms of varicella infection in chronic myeloid leukemia. Dtsch Med Wochenschr 1990;115:1591-5.
4. Fierman AH. Varicella-associated arthritis occurring before the exanthem. Case report and literature review. Clin Pediatr (Phila) 1990;29:188-90.
5. Evans E, Dawes PT, Matthey DL. An unusual case of adult varicella-associated arthritis. Rheumatology (Oxford) 2000; 39:806-8.
6. Stebbings S, Highton J, Crosson MC, Powell K, McKay J, Rietveld J. Chickenpox monoarthritis: demonstration of varicella-zoster virus in joint fluid by polymerase chain reaction. Br J Rheumatol 1998;37:311-3.
7. Quintero del Río AI, Fink CW. Varicella arthritis in childhood. Pediatr Infect Dis J 1997;16:241-3.
8. Lobera Gutiérrez de Pando E, García García JJ, González Pascual E. Artritis varicelosa preexantemática. Descripción de un caso. An Esp Pediatr 1997;46:511-2.
9. Aihara Y, Katakura S, Imagawa T, Mitsuda T, Yokota S. Transient remission of intractable systemic-type of juvenile rheumatoid arthritis after chickenpox in a 2-year-old boy. Pediatr Int 2001;43:95-7.

Diagnóstico rápido de la neumonía neumocócica

Introducción. *Streptococcus pneumoniae* es la causa más frecuente de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC). El diagnóstico microbiológico de la NAC establece la etiología en un porcentaje variable (30-60%) según el método utilizado (tinción de Gram-cultivo de esputo, hemocultivo, cultivo de líquido pleural y/o diagnóstico serológico con dos muestras)¹⁻⁴.

En los últimos años se han desarrollado técnicas rápidas para la detección de antígenos bacterianos en orina. Estos procedi-

Palabras clave: Antígeno en orina.
Streptococcus pneumoniae.

Palabras clave: Poliartralgias. Varicela.

TABLA 1. Características de los pacientes con antígeno bacteriano positivo

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5
Edad (años) y sexo	78, varón	70, varón	68, mujer	84, varón	97, varón
Clínica	Fiebre. Dolor pleurítico	Fiebre. Tos. Dolor torácico	Fiebre. Tos. Dolor de costado	Fiebre. Dolor torácico	Fiebre
Leucocitos	8.200	29.000	12.500	19.800	12.700
Radiografía de tórax	Condensación en base derecha	Condensación LII	Condensación LSD	Condensación LSI	Condensación base derecha
Tratamiento	Ceftriaxona	Ceftriaxona + claritromicina	Levofloxacino	Primero levofloxacino. Luego ceftriaxona	Ceftriaxona
Evolución	Buena	Buena	Buena	Buena	Fallecido

LII: lóbulo inferior izquierdo; LSD: lóbulo superior derecho; LSI: lóbulo superior izquierdo.

mientos se pueden utilizar fuera del hospital, lo que supone un gran avance en el diagnóstico etiológico de la NAC en el ámbito ambulatorio.

La finalidad de este artículo es valorar un nuevo test rápido para la detección de antígenos de neumococo en orina (Binax NOW, Portland, Maine, EE.UU.) que permita el diagnóstico de la neumonía neumocócica (NN).

El test fue aprobado por la US Food and Drug Administration (FDA) en agosto de 1999. Es un método inmunocromatográfico, que detecta el polisacárido C de la pared de *S. pneumoniae*, que está presente en la orina de los pacientes con NN. Es un test rápido (≤ 15 min), fiable, de fácil ejecución y que incluye todos los serotipos de neumococo²⁻⁶.

Casos clínicos. Esta prueba la introdujimos en el laboratorio ante la sospecha de NN hace un año. Desde entonces hemos obtenido 5 resultados positivos de 16 tests realizados. Los datos de los pacientes quedan reflejados en la tabla 1. Cuatro tenían NN típica por clínica y radiología, con evolución favorable, sin que se pudieran obtener los cultivos de esputo. El caso 5 era un enfermo oncológico con hemocultivo positivo que presentaba un cuadro de sepsis que motivó su fallecimiento.

Discusión y conclusiones. El método Binax NOW tiene una sensibilidad del 80% y una especificidad del 97%. Este test resuelve el problema del diagnóstico de las NN no bacteriémicas, las cuales quedan sin diagnosticar en la mayoría de los casos. La sensibilidad es del 78% en neumonías no bacteriémicas y del 84% en las bacteriémicas².

Una de las principales ventajas del test es su rapidez y su fácil ejecución; uno de los inconvenientes sería el coste y el hecho de que no es útil en niños por el elevado número de portadores de neumococo. En adultos parece que los resultados no se ven influidos por la colonización orofaríngea, el tratamiento antibiótico o la concentración previa de la muestra²⁻⁵.

Para finalizar queremos señalar que la detección de antígenos de neumococo en orina puede ser una alternativa a los métodos clásicos para el diagnóstico de la NAC, sobre todo en el ámbito ambulatorio, donde la disponibilidad de pruebas diagnósticas es más difícil.

M.A. Remacha Esteras^a, A. Esteban Martín^a, A. Morán Blanco^b y T. Remacha Esteras^c

^aServicio de Microbiología. Hospital Monte San Isidro. León. España. ^bServicio de Medicina Interna. Hospital Monte San Isidro. León. ^cCentro de Salud El Crucero. León. España.

1. Mirete C, Gutiérrez F, Rodríguez JC, Royo G, Shum C, Martín A. Etiología de la neumonía adquirida en la comunidad tratada ambulatoriamente. Utilidad de un protocolo diagnóstico con pruebas microbiológicas convencionales y detección de antígenos de *Streptococcus pneumoniae* y *Legionella pneumophila* en orina. Med Clin (Barc) 2001;117: 657-9.
2. Domínguez J, Galí N, Blanco S, Pedrosa P, Prat C, Matas L, et al. Detection of *Streptococcus pneumoniae* antigen by a ra-

pid immunochromatographic assay in urine samples. Chest 2001;119:243-9.

3. Pesola GR. The urinary antigen test for the diagnosis of pneumococcal pneumonia. Chest 2001;119:9-11.
4. Murdoch D, Laing R, Mills G, Karalus N, Town G, Mirrett S, et al. Evaluation of a rapid immunochromatographic test for detection of *Streptococcus pneumoniae* antigen in urine samples from adults with community-acquired pneumonia. J Clin Microbiol 2001;39:3495-8.
5. Burel E, Dufour P, Gauduchon V, Jarraud S, Etienne J. Evaluation of a rapid immunochromatographic assay for detection of *Streptococcus pneumoniae* antigen in urine samples. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2001;20:840-1.
6. Domínguez J, Galí N, Blanco S, Pedrosa P, Prat C, Matas L, et al. Urinary antigen test for pneumococcal pneumonia. Chest 2001;120:1748-50.

Impacto de una iniciativa de información sanitaria en atención primaria para los ciudadanos

Introducción. Es importante proveer a los ciudadanos de las informaciones necesarias para comprender cuándo es apropiada la realización de la densitometría ósea y cómo se previene y trata la osteoporosis a través de un estilo de vida y/o del empleo de los fármacos eficaces si necesario¹.

Objetivo. Evaluar el impacto informativo de un ciclo de conferencias relativas a la densitometría ósea.

Diseño. Estudio antes-después.

Emplazamiento. Distrito sanitario de Módena, Italia (170.000 habitantes).

Participantes. Ciudadanos (n = 261) que asistieron a los encuentros públicos realizados por un equipo sanitario.

Intervenciones. El ciclo de conferencias consistió en 5 encuentros, de unas 2 h de duración cada uno, realizados por un equipo de expertos compuesto de: directora de departamento de atención primaria, res-

Palabras clave: Información sanitaria. Empowerment. Atención primaria. Densitometría ósea.